



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

O USO DE DROGAS E O RECOLHIMENTO COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO RIO DE JANEIRO

Micheli Melo S. de Araújo

Rio de Janeiro

2015

Micheli Melo S. de Araújo

O USO DE DROGAS E O RECOLHIMENTO COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO RIO DE JANEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção da graduação em Serviço Social.

Orientador: Prof. Charles Toniolo

Rio de Janeiro

2015

BANCA EXAMINADORA

Profº. Mte. Charles Toniolo

(orientador)

ESS/UFRJ

Profª. Drª. Janete Luzia Leite

ESS/UFRJ

Profª Mte. Janaína dos S. Rodrigues Bastos de Souza

SERVIÇO SOCIAL/UNIABEU

Foram várias dificuldades enfrentadas, mas com pessoas tão especiais por perto, os pensamentos leves fluíram e com garra e determinação pude chegar até aqui.

Primeiramente, dedico este trabalho aos meus pais, Geny e Elias, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e me ensinando que com dedicação e força de vontade, podemos ir mais longe e conquistar os nossos objetivos.

Ao meu príncipe, meu amado filho Eduardo, que me enche de ternura e me dá força para continuar a buscar o meu melhor sempre. Te amo !

Agradeço também ao meu parceiro para toda a vida, Tarcísio, por me incentivar e não deixar que eu esmorecesse nos momentos mais difíceis.

Por fim, agradeço aos poucos, mas fiéis amigos que ganhei ao longo dessa trajetória: Nívia, Lidiane e Michelle. Que nossa amizade seja eterna!

Um agradecimento especial também ao meu orientador, Charles, que soube me escutar nos momentos mais frágeis, teve paciência e ajudou a organizar minhas ideias da melhor forma possível.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos
caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o
tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos
ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Pessoa)

ARAÚJO, Micheli M.S. O uso de drogas e o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro. Monografia (graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

O estudo de crianças e adolescentes em situação de rua que fazem uso de drogas é um tema causador de grandes debates e polêmicas não só entre os pesquisadores da área, mas perante a sociedade também. Temos ciência que a questão do consumo de drogas está atrelada a uma perspectiva histórica, levando em conta os processos que transformaram os hábitos da sociedade. Neste sentido, é importante ressaltar que as políticas públicas voltadas para esse público alvo ainda não foram e ainda não são eficazes o suficiente para dar conta da crescente demanda. Em torno dessa discussão, surge o enfrentamento de modelos de tratamentos baseados em métodos proibicionistas e outros dispostos a utilizar a redução de danos como forma de atenuar os riscos e respeitar a vontade do indivíduo. Em meio a isso, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, através do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social, autoriza a internação compulsória dessa parte da população. O trabalho tem como proposta discutir se esse método de abordagem tem uma lógica de proteção ou de higienização da cidade, visando contribuir para o debate que acerca o tema. Em torno disso, o objetivo é uma reflexão crítica sobre as práticas das políticas públicas para população de rua e usuária de drogas.

Palavras-Chave: Recolhimento compulsório, políticas públicas, crianças e adolescentes.

SUMÁRIO

Introdução	7
Capítulo 1	
História social da infância no Brasil e o Estatuto da Criança	
1.1 Pessoas em situação de rua: expressão da “questão social”	9
1.2 Histórico da infância abandonada no Brasil	13
1.3 O Estatuto da Criança e do Adolescente: ECA – suas contradições à atual realidade encontrada nas ruas	22
Capítulo 2	
O uso nocivo do crack por crianças e adolescentes em situação de rua no Rio de Janeiro.	
2.1 As políticas voltadas para a população de rua e o uso nocivo do crack	26
2.2 Proibicionismo: O uso de drogas nas ruas do Rio de Janeiro – o crack.....	31
2.3 Política sobre o uso do álcool e outras drogas no Brasil	37
2.4 Estratégia de Redução de danos X Recolhimento Compulsório	44
Conclusão	54
Referências	56

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu a partir da observação do cotidiano das crianças e adolescentes em situação de rua em torno da minha residência, pois sendo moradora do Centro do Rio de Janeiro, constantemente me deparo com esses jovens fazendo uso de drogas pelas ruas. Diante da notícia e da observação de equipes da prefeitura realizando recolhimentos compulsórios na região, houve um interesse em pesquisar sobre o tema.

Para tanto, definiu-se como tema do trabalho: O uso de drogas e o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, tendo como objeto de estudo as crianças e adolescentes em situação de rua que fazem uso de drogas, realizando também uma análise das políticas voltadas para essa população. Portanto, este tema é de extrema importância para o Serviço Social.

Para construção e delimitação deste estudo, foi preciso recorrer à pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto.

O trabalho de conclusão de curso encontra-se estruturalmente dividido em dois capítulos, a saber: Infância em situação de rua no Brasil e O uso nocivo do crack por crianças e adolescentes em situação de rua no Rio de Janeiro.

O primeiro capítulo faz uma breve contextualização das pessoas em situação de rua, sendo essa situação vista como uma expressão da questão social, apontando estudos recentes sobre a população de rua com estatísticas que comprovam o perfil e modo de vida dessas pessoas. Pelo tema proposto se referir a crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente teve grande importância na análise, através de suas contradições à atual realidade encontrada nas ruas. Por fim, foi realizado um breve histórico da infância em nosso país, onde a problemática social referente às crianças e adolescentes em situação de rua ou na rua é de longa data.

O segundo capítulo aborda a questão do uso de drogas nas ruas, dando ênfase no crack e o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes. De forma mais específica, pretende-se fazer um breve relato histórico das drogas, descrevendo o conceito de droga e identificando seus efeitos e suas consequências.

São também discutidos além do uso e a circulação das drogas, o seu controle, que pelo qual têm gerado polêmicas, basicamente pelo posicionamento tradicional “proibicionista” e pelo posicionamento da “Redução de danos”. Para tanto, foi fundamental, para compreensão dos fatos, a análise das políticas sobre o uso do álcool e outras drogas e as políticas voltadas para a população de rua também. Todos estes aspectos nos dão embasamento teórico para uma ampla discussão sobre o tema proposto.

O objetivo geral deste trabalho é fazer uma análise do “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, através da internação compulsória de crianças e adolescentes que se encontram em situação de rua e que fazem uso de substâncias psicoativas, tendo como norteador a problematização do uso de drogas na cidade. Podemos concluir que o recolhimento compulsório e a internação compulsória são práticas de políticas violadoras de direitos. A privação de liberdade sem consentimento não deve ser uma prática adotada pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, pois essa medida limita, por exemplo, o direito à liberdade, preconizadas pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

CAPÍTULO 1 - História social da infância no Brasil

1.1 Pessoas em situação de rua: expressão da questão social

Podemos dizer que a “questão social” é um fenômeno histórico. Ela surge na Europa, no século XIX devido a uma enorme transformação econômica ditada pela Revolução Industrial e com a descortinagem das contradições da nova ordem capitalista, surge essa expressão. Para compreender esse significado é importante entender o próprio processo de produção capitalista e a contradição entre capital e trabalho, onde ocorre uma exploração de uma classe sobre a outra, tendo em vista que a produção de riqueza é coletiva, mas a sua apropriação é privada.

Segundo Iamamoto (1998,p.27), a “questão social” pode ser definida como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Muitos autores contemporâneos têm sustentado uma “nova questão social”, no que se refere a demandas mais atuais da sociedade. Alejandra Pastorini (2004), faz um estudo elaborado e crítico sobre o tema "Questão Social", bem como as mudanças do modelo capitalista principalmente na América Latina.

Os defensores da “nova questão social” partem do pressuposto de que as mudanças ocorridas no mundo capitalista contemporâneo marcam uma ruptura com o período capitalista industrial e com a questão social que emergiu a na primeira metade do século XIX, como surgimento do pauperismo na Europa Ocidental. (p.16.)

O que podemos compreender é que esses defensores da chamada “nova questão social”, ao romperem com a análise que parte do período do surgimento do

capitalismo industrial e com todas as expressões da “questão social” naquela época, estão negando a sua origem e o seu histórico de pauperismo, lutas e conquistas.

Hoje em dia a “questão social” está mais complexa e ganhou novas roupagens em suas expressões, mas nunca deixou a sua essência de lado. Com o capitalismo crescente, a pobreza ganhou novos contornos, criando cada vez mais um enorme abismo entre ricos e pobres, gerando assim um cenário marcado pela precarização do trabalho, desemprego, por exemplo.

Frente a isso, vamos fazer uma análise sobre a população em situação de rua, através de dados de duas pesquisas realizadas em torno dessa temática, sendo uma de âmbito federal e a outra de âmbito municipal. Infelizmente, essas pesquisas não são amplamente divulgadas e a maioria da população desconhece tal feito. A falta de acesso a essas informações ajuda a reproduzir visões preconceituosas e distorcidas sobre as pessoas em situação de rua.

Como base de estudo, foi realizada uma pesquisa no Censo para população em situação de rua, do governo federal no ano de 2007. Essa pesquisa ofereceu diversas informações para uma melhor compreensão das características desse grupo social em 71 municípios brasileiros.

Analisando os dados, o perfil socioeconômico encontrado pela pesquisa, sugere que a população em situação de rua em 2007 era predominantemente masculina (82%), onde mais da metade (53%) estava na faixa dos 25 aos 44 anos. Aproximadamente 69% se declararam afrodescendentes (29,5% se declararam pretas e 39,1% pardas) e a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais.

Em relação à formação escolar, 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever; 8,3% apenas assinavam o próprio nome; e a imensa maioria não estudava por ocasião da pesquisa (95%).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); e, dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos, que a pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro.

Sobre o trabalho e renda, a população em situação de rua é composta, em sua grande parte, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacavam-se: catador de materiais recicláveis, “flanelinhas”, trabalhadores na construção civil, limpeza e carregador de estivas. Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para sobrevivência. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta somente por “mendigos” e “pedintes”.

Em 2013, foi também realizado um Censo de População de rua na cidade do Rio de Janeiro, onde foi contabilizado um total de 5.580 pessoas em situação de rua, sendo 33,8% estando na região do Centro e 15,3% na Zona Sul. Sobre os dados da pesquisa municipal, a mesma não contemplou muitos aspectos importantes, como contemplados no Censo do Governo Federal. Do mesmo modo que na pesquisa anterior, a população em situação de rua no município do Rio de Janeiro é predominantemente masculina (81,8%), onde mais da metade (69,6%) se encontra na faixa dos 25 aos 59 anos, em sua maioria tem como escolaridade o ensino fundamental (75,11%) e o tempo que se encontram em situação de rua, 64,80% passa de 1 ano. Essa pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro nos fornece poucos dados e não teve divulgação, gerando uma cartilha que simplifica o estudo.

Segundo o Decreto 7.053, de dezembro de 2009, referente a Política Nacional para a População em Situação de Rua, é considerada população de rua:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009. p.16).

É importante lembrar que a população em situação de rua não é incluída nos censos demográficos porque a coleta de dados é de base domiciliar. Por esse motivo, é de suma importância a realização de censos para a população em situação de rua.

Fazendo uma análise mais aprofundada sobre os dados dos estudos, é importante enfatizar que variados sub-grupos compõem esta população e múltiplas

são suas trajetórias de vida. Sobretudo, o que rege o dia a dia desses indivíduos não se caracteriza apenas pela privação material, mas principalmente pela desqualificação do indivíduo como cidadão e pela ausência de seu lugar social, além de sua negação de direitos. Geralmente são pessoas com baixa escolaridade, alta exposição a condutas de risco, capacidade produtiva comprometida, usuários de álcool e/ou drogas, tendo relações familiares rompidas e um histórico de violações de seus direitos.

É nesta perspectiva de ausência de direitos, que se caracteriza a situação de rua, sendo os indivíduos estigmatizados, vistos como parte do lixo da cidade, sendo assim discriminados, ignorados ou perseguidos, por sua condição social.

O capitalismo faz aflorar na sociedade a acumulação do capital por alguns e conseqüentemente o seu rebatimento na classe trabalhadora, provocando assim um aumento significativo do desemprego, da pobreza social e intelectual, fazendo com que a população encontre outras alternativas para sua sobrevivência.

Dentre esses fatores podemos encontrar também o uso das drogas e o abandono dos vínculos familiares, sendo essa combinação de elementos presentes tanto na produção da desigualdade quanto entre os moradores de rua.

De acordo com Escorel (1998), a população em situação de rua apresenta vulnerabilidades em suas relações familiares e comunitárias, sendo em sua maioria constituída por homens em idade produtiva. O indivíduo em situação de rua vivencia constantemente a solidão e o isolamento, estabelecendo algum tipo de sociabilidade com outras pessoas em situação de rua ou com instituições e esse contato geralmente é caracterizado pela fragilidade de suas relações.

Entretanto, segundo Gregori (2000), é através do pertencimento a um grupo que o indivíduo em situação de rua muitas vezes consegue estabelecer uma sociabilidade positiva, podendo recuperar sua identidade, através do reconhecimento de seus valores pelo grupo. Assim, o agrupamento passa a ser uma unidade de pertencimento que confere à pessoa em situação de rua uma estrutura semelhante à família, proporcionando assim uma situação mais confortável para todos.

É importante lembrar que por trás dessas pessoas em situação de rua, existe uma história de vida. Não é de hoje que existem meninos e meninas vivendo nas

ruas do nosso país. A história social da infância no Brasil, assim como toda a história da humanidade, é marcada por características de desigualdade, ao longo do tempo. A história do abandono está intimamente ligada ao mundo da rua, pois esta sempre foi a casa de muitas crianças.

1.2 Histórico da Infância abandonada no Brasil

Segundo Gregori (2000), o fenômeno do abandono de crianças é tão antigo quanto à colonização brasileira. Desde o início da época colonial, crianças de diferentes raças e idades, em sua grande maioria, não eram assistidas por instituições do governo vigente. As crianças abandonadas, supostamente deveriam ser atendidas pelas câmaras municipais¹, mas raramente estas assumiam algum tipo de responsabilidade perante aos fatos, alegando que faltavam recursos para tal assistência.

De certo, ainda segundo o autor, sempre houve um despreparo aliado ao descaso e falta de preocupação com o presente e o futuro daquelas crianças. As crianças abandonadas deveriam ser acolhidas pela municipalidade, mas essa difícil tarefa foi em grande parte assumida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Nos séculos XVI e XVII, tanto as câmaras municipais como as misericórdias prestavam alguma forma de assistência às crianças abandonadas, adotando como medida a “recolocação” destas em casas de família, onde as mesmas deveriam ser cuidadas por amas-de-leite até os três anos de idade, sendo intermediadas por um pagamento.

Ainda segundo Gregori (2000), no século XVIII, junto do crescimento das cidades, houve um aumento do número de crianças abandonadas, agravando assim

¹ A Coroa Portuguesa permitia a organização de órgãos que viessem a responder os problemas locais que estariam fora de seu alcance. As câmaras Municipais tinham o poder de decidir questões referentes aos cuidados e medidas dirigidas a uma determinada região.

a precária assistência que as câmaras municipais e/ou as Casas de Misericórdia podiam oferecer aos necessitados. Com isso, começou a prática de abandono de recém-nascidos em locais públicos, onde os expostos acabavam recebendo ajuda das famílias que os encontravam, onde os criavam ou por espírito de caridade, ou almejando uma futura mão-de-obra familiar suplementar, fiel e gratuita. Mas contar com a compaixão de famílias era uma “questão de sorte”, pois muitas das crianças abandonadas nas ruas que não eram assistidas a tempo e acabavam perdendo suas vidas sendo devoradas por animais, por exemplo.

De acordo com Graciani (2005), em 1726, o vice-rei Vasco Meneses determinou que todas as crianças expostas fossem abrigadas em asilos, pois o abandono de crianças passou a ser um ato constante por diversos motivos econômicos e sociais. Posteriormente, houve uma preocupação pelo fato do que se fazer com o abandono, deixando algo mais discreto para que as mulheres pudessem abandonar seus recém-nascidos de forma mais segura para ambos, preservando, inclusive, o anonimato do expositor. Foi à partir desse acontecimento, que a Santa Casa de Misericórdia, adotou o sistema da Roda dos Expostos², que iria funcionar em nosso país por mais de 200 anos.

As rodas dos expostos sobreviveram aos três grandes regimes de nossa história (Colônia, Período Imperial e República), sendo extinta somente na década de 1950. Por mais de um século, a roda dos expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada no Brasil.

Este sistema de rodas foi inventado na Europa, na época medieval, e foi um meio encontrado para a garantia do anonimato ao expositor, fazendo assim, com que a criança também não fosse exposta ao perigo.

Muitos dos expostos eram filhos de mulheres escravas, cujos senhores, não desejando as despesas com a criação das crianças, ou desejando os serviços das mães como amas-de-leite, exigiam assim que as crianças fossem enviadas às rodas dos expostos, para que, se conseguissem sobreviver, pudessem se tornar livres.

² Dispositivo onde se colocavam os bebês que se queria abandonar. No tabuleiro interior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha, com uma sineta, para avisar que um bebê acabava de ser abandonado.

Existia também, uma parcela de mulheres que abandonavam suas crianças pela necessidade de ocultar uma gestação indesejada e outras ainda que, por motivos financeiros, não poderem permanecer com seus filhos. Os motivos variavam entre o abandono e a orfandade vinculados à pobreza, escravidão ou aos códigos morais da época em que viviam, onde não era admitido mães solteiras na sociedade.

A roda dos expostos, como assistência caritativa, era missionária. Portanto, a primeira preocupação era providenciar o batismo da criança abandonada.

Ainda segundo Graciani (2005), no Brasil, durante a época colonial, foram implantadas três rodas de expostos, sendo respectivamente em suas principais cidades. A cidade do Rio de Janeiro instalou a segunda Roda de expostos do país, no ano de 1738. No total, foram treze rodas de expostos instaladas no Brasil, sendo que primeiramente foram criadas três no século XVIII (Salvador, Rio de Janeiro, Recife), uma já no início do Império, em São Paulo; e as demais foram implementadas à partir da Lei dos Municípios que isentava a Câmara municipal da responsabilidade com os expostos, desde que na cidade tivesse uma Santa Casa de Misericórdia para fazer este papel. Sendo assim foram criadas as Rodas nas cidades de: Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas (RS), Cachoeira (BA), Olinda (PE), Campos dos Goytacazes (RJ), Vitória (ES), Desterro (SC) e Cuiabá (MT). Mas, devido ao encargo com os expostos ser uma tarefa pesada e custosa para as Santas Casas de Misericórdia, muitas delas fecharam suas portas, só permanecendo as maiores, que no caso eram as de Salvador, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre e São Paulo.

Como dito anteriormente, o custeio das Santas Casas de Misericórdia era grande para abrigar tantas crianças e jovens abandonados. Durante a época colonial, era frequente a ajuda de homens com posses para manter essas instituições, pois estes estavam preocupados com a possível salvação de sua alma e deixavam quantias para a ajuda na criação dos expostos, ou então para prover os dotes das mocinhas da casa dos expostos, quando as mesmas fossem escolhidas para um possível casamento.

Consequentemente, o que restou das Casas dos Expostos, passou por mudanças em seu atendimento assistencial. Com esta nova situação, as províncias obrigavam as Santas Casas de Misericórdia a prestarem assistência aos expostos,

mas as verbas repassadas para subsidiar esse trabalho eram muito aquém das necessidades expostas, deixando as instituições sucateadas e quase abandonadas também pelo novo sistema adotado.

Com a finalidade de se contornar a situação de dificuldades, sucateamento das Santas Casas e melhorar a assistência às crianças e jovens, os bispos recorreram ao apoio dos governos provinciais e foram assim trazidas da França as irmãs de caridade da cidade de São José de Chamberry e posteriormente as irmãs de caridade da cidade de São Vicente de Paula para assumir a administração das casas de Misericórdia e consequentemente as Rodas dos expostos. Esta iniciativa foi de grande sucesso, fazendo com que outras províncias também adotassem a mesma solução, trazendo outros grupos religiosos para o feito.

Graciani (2005), afirma também que a partir dos anos de 1830, o caráter de ajuda e/ou assistência aos “menores abandonados” adquire um aspecto diferente, deixando de ser uma ação descentralizada, fazendo com que as províncias custeassem essa assistência e contratassem os serviços das Santas Casas e/ou das ordens religiosas femininas para cuidar das crianças da Casa dos Expostos.

Mas em meados do século XIX, começou no Brasil uma forte campanha de abolição das Rodas dos Expostos, seguindo os rumos da Europa liberal. Esta campanha deixava claro que a Roda dos Expostos era uma coisa imoral e contra os reais interesses do Estado, tendo como apoiadores, inicialmente os médicos higienistas, horrorizados com os altos índices de mortalidade infantil dentro da Casa dos Expostos. Em seguida, a campanha foi aderida por juristas que se comprometeram e começaram assim a pensar em novas leis para a proteção da criança abandonada, visto que algumas crianças e adolescentes em situação de rua praticavam roubos, furtos e violência nas grandes cidades. Mas, o movimento contra as Rodas dos Expostos não conseguiu extingui-las no século XIX, restando ainda as mais importantes funcionando no século XX. A da cidade do Rio de Janeiro foi fechada em 1938, a de Porto Alegre em 1940 e as de São Paulo e Salvador foram até a década de 1950.

Voltando à época do início do Brasil República (séc. XIX), a questão das crianças e adolescentes em situação de rua, já era dada como um problema social, devido a diversos fatores políticos e econômicos, tais como a abolição da

escravatura e a imigração de mão-de-obra advinda da Europa, gerando assim um grande número de crianças vivendo nas ruas, ocasionando um alarde em toda a população.

A legislação do Império e da República já demonstrava uma aparente preocupação com essas crianças por parte da sociedade, tendo como finalidade o controle social através de instituições de assistência social, pressionando assim aos governos por uma medida sócio-protetiva. Em 1887, a cidade do Rio de Janeiro possuía uma lista considerável de instituições para o abrigo e educação de “menores”, sendo algumas de caráter público e outras de caráter particular.

Então, segundo Graciani (2005), bem no início do século XX, a **caridade**, que anteriormente era proveniente da igreja, motivada pelo sentimento de compaixão, através das Santas Casas, foi incorporando aspectos da **filantropia**, que por sua vez era uma espécie de beneficência, ligados a motivos exclusivamente humanos e sociais, tendo assim o intuito da “prevenção das desordens “ que haviam se instaurado.

A filantropia surgia como um modelo assistencial, organizando a assistência dentro das novas exigências sociais, políticas, econômicas e morais, que estavam postas nesta época, onde a preocupação era a de salvar a nação através da criança, acabando com o pauperismo urbano que assolava as famílias. A filantropia era direcionada para a infância pobre.

“Um dos objetivos bastante anunciados pela filantropia consistia na associação da assistência privada com a assistência estatal. A participação do Estado na assistência social era denunciada como sendo insignificante. A filantropia cobra do Estado uma participação mais efetiva, não só na promulgação de leis de proteção ao menor, mas também na tomada de medidas diretas de amplo escopo na assistência ao menor. (RIZZINI, 1993, p.25).

Segundo Rizzini, (2008) no início do século XX, o Estado do Rio de Janeiro passou por uma urbanização de inspiração europeia, onde os “menores” pobres precisavam ser recolhidos, passando a ser objetos de políticas públicas, assumindo definitivamente a problemática dos meninos marginalizados. “ Retirar o menor da família e mantê-lo sob a vigilância da autoridade pública... (p.64).

E ainda, segundo a mesma autora, a noção de recolhimento na época tinha como princípio: “ Bradava-se como ideal salvar o Brasil do atraso, da ignorância e da barbárie para transformá-lo numa nação ‘cultura e civilizada’” (RIZZINI, 2008, p. 25).

Através dessa ideologia higienista de “limpar as ruas”, o Estado passou a intervir de forma mais atuante, com o intuito de vigiar e controlar esses jovens, fazendo com que as crianças e os adolescentes passassem de objetos de caridade para objetos de políticas públicas. Nesse intuito, surgem no Brasil, em 1923, o primeiro Juizado de Menores da América Latina e, em 1927, o Código de Menores, passando a existir assim modelos de atendimento para os “menores” baseados numa estratégia de criminalização e medicalização da pobreza, tendo um caráter discriminatório, onde a pobreza era associada à “delinquência”, encobrindo assim o real motivo social pelo qual esses jovens estavam vivendo de forma precária.

Neste período, o país estava passando por uma forte transformação, pois a industrialização estava em grande expansão, levando pessoas a procurarem os grandes centros urbanos, surgindo assim a “questão social” no Brasil. Segundo Iamamoto, (2007, p.125):

A “questão social”, seu aparecimento, diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado recente. Trabalho livre que se generaliza em circunstâncias históricas nas quais a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico-social brasileira.

As leis sociais só surgiram a partir do momento que as condições de existência do proletariado ficaram expostas para a sociedade brasileira através dos grandes movimentos sociais, que lutavam pela conquista de cidadania social. Foi através disso que a classe dominante, o Estado e outros sujeitos sociais, como a igreja se viram obrigados a agir.

As leis sociais surgem em conjunturas históricas determinadas, que, a partir do aprofundamento do capitalismo na formação econômico-social, marcam o deslocamento da “questão social” de um segundo plano da história social para, progressivamente, colocá-la no centro das contradições que atravessam a sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p.126)

Com o governo Vargas, a "questão social" recebeu outro tratamento, pois a preocupação era com os constantes movimentos grevistas que paralisavam a economia. Por essa razão, foi elaborada uma nova lei social e sindical com o objetivo de promover transformações nas condições dos operários, mas que também servia para controlar as organizações tradicionais dos trabalhadores. O Estado percebeu a necessidade de disciplinar o operariado para facilitar a acumulação do capital no setor industrial.³

Na década de 1940, foi implantado o Serviço de Assistência aos Menores (SAM). Segundo Rizzini (2004), o SAM tinha como objetivo organizar os serviços de assistência social e atender as crianças abandonadas que não tinham responsáveis legais por suas vidas e eram apreendidas pela polícia.

Após a instauração da ditadura militar, a Lei Federal 4.513 de 01/12/1964 criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, em substituição ao Serviço de Assistência aos Menores - SAM. Nele, o Estado ainda tinha subsídio para fazer uso dos aparelhos repressivos como controle, se valendo de modelos correcionais, sendo estas uma espécie de mediação da ditadura militar. Na verdade, esses jovens tidos como “carentes, infratores ou abandonados” eram vítimas da falta de proteção de um modelo de sociedade marcado pela desigualdade.

A FUNABEM tinha como competência a formulação e implantação da política do Bem-Estar do Menor em todo o território nacional, criando assim as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor, com a responsabilidade de observarem a política estabelecida como base e de executarem, nos seus estados, as ações pertinentes.

A Lei Estadual 1.534 de 27/11/1967 autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor – FEBEM, estando esta vinculada à Secretaria de Estado e Serviço Social, destinada a prestar assistência a crianças e adolescentes, no estado da Guanabara.

A FEBEM tinha por finalidade formular e implantar programas de atendimento a menores em situação regular, prevenindo a marginalização e oferecendo oportunidades de promoção social. Nesta mesma época, foi criada também a

³ Neste item, estamos apenas situando a “questão social” no contexto histórico. Discuto a “questão social” em outro item.

Fundação Fluminense do Bem-Estar do Menor - FLUBEM, onde sua área de abrangência era o antigo Estado do Rio de Janeiro.

Pelo Decreto-Lei nº 42 de 24/03/1975, a FEBEM passou a se chamar Fundação Estadual de Educação do Menor - FEEM, sendo esta resultante da fusão entre a FEBEM e a FLUBEM, quando os Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro fundiram-se num único Estado, o nosso atual Estado do Rio de Janeiro. A FEEM, passou a ser vinculado à Secretaria de Estado de Educação.

Diante dos fatos e da crise da ditadura militar, parte da sociedade civil se organizou para defender os interesses das crianças e adolescentes, e, tanto no final dos anos 1970 e início dos 1980, os Movimentos Sociais começaram a participar do debate, prestando mais atenção à situação das Crianças e Adolescentes nas ruas. O processo de redemocratização do Estado, por causa do fim da ditadura militar foi de extrema importância para que este assunto fosse discutido nas “rodas sociais”, já que este período foi marcado por fortes desigualdades socioeconômicas e autoritarismo. Segundo Rizzini (2003, p.18), diante de um:

(...) contexto de desigualdade crescente e de movimentos sociais emergentes, começou-se a questionar por que tantas crianças e adolescentes encontravam-se nas ruas, e que tipo de política o Estado mantinha para assistir os membros mais pobres e mais jovens da nação. Nos primeiros anos da década de 1980, pesquisadores começaram a focalizar a situação real em que se encontravam as crianças das classes populares. Foi neste contexto que os meninos de rua ganharam visibilidade, sendo então retratados como geração de rua.

Já em meados dos anos 1980, sob forte clamor da sociedade, por melhores condições de vida às crianças e adolescentes abandonados e desprovidos de qualquer direito, ocorreu o primeiro encontro nacional do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR) que foi fundamental para a denúncia da situação existente e para a conscientização da sociedade para o tema.

O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua não tinha o intuito de prestar atendimento direto, mas o de procurar a mobilização dos próprios “menores” e de todos os profissionais envolvidos na mesma temática, como os técnicos, os educadores de rua, os diretores e os funcionários de instituições, por exemplo. Esse movimento contribuiu, portanto, de forma significativa, para o reconhecimento da

criança e do adolescente como sujeitos de direitos, os tornando visíveis perante a sociedade pois tinham voz ativa, dialogando sobre a real situação em que viviam. O intuito do movimento era informar e organizar os meninos e meninas em situações de rua, para que os mesmos aprendessem a lutar por seus direitos.

Simultaneamente às atividades do MNMMR, iniciava-se o movimento pró-constituente no Brasil.

Em 1988, a Carta Magna (Constituição Federal) foi promulgada, tendo em seu texto, artigos que apontam que o Estado, a família e a sociedade, são responsáveis pelas crianças e adolescentes de toda a nação.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1998)

À partir de 1988, as crianças e os adolescentes são reconhecidos na condição de sujeitos de direitos, sendo a efetivação desta proteção dever da família, sociedade e do Estado. Este passou a ser um pontapé inicial para que houvesse uma articulação em prol de uma lei que garantisse os direitos infanto-juvenis, resultando no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069/90). O Estatuto surge da necessidade de um reordenamento jurídico no Brasil, uma vez que o Código de Menores não era mais compatível com os princípios da Constituição Federal de 1988. Com isso, foi revogado o Código de Menores.

A gama de direitos elencados basicamente no art. 227 da Constituição Federal, os quais constituem direitos fundamentais, de extrema relevância, não só pelo seu conteúdo como pela sua titularidade, devem, obrigatoriamente, ser garantidos pelo Estatuto, e uma forma de tornar concreta essa garantia deu-se, justamente, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual tem a nobre e difícil tarefa de materializar o preceito constitucional. (VERONESE, 1996, p. 94).

O ECA introduziu uma série de mudanças na questão da infância no Brasil, compreendendo assim uma nova forma de se considerar a infância e a juventude, convertendo “menores” em cidadãos de direitos, e não como objetos de intervenção, como anteriormente. Com a elaboração e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, foram estabelecidas diretrizes norteando a articulação de políticas básicas com as assistenciais, garantindo assim a proteção integral e os direitos de toda e qualquer criança e adolescente. O ECA foi um grande avanço na luta e garantia dos direitos, conforme veremos a seguir.

1.3 O Estatuto da Criança e do Adolescente: ECA – frente à atual realidade encontrada nas ruas

O Brasil foi o primeiro país da América a adequar sua legislação aos princípios da Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que ocorreu em novembro de 1989, incorporando estes em seu texto constitucional. Em julho de 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instaurado pela lei 8.069.

Conforme exposto anteriormente, o Estatuto deu ênfase e reforçou alguns preceitos já determinados pela Constituição Federal de 1988, como por exemplo, a proteção integral das crianças e adolescentes e a prioridade na formulação de políticas públicas.

O artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente nos afirma que para a criança e ao adolescente são garantidos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, bem como são sujeitos a proteção integral.

Art.3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL,1990)

Essa proteção passa a ser dirigida ao conjunto de todas as crianças e adolescentes, sem exclusão e não cabendo exceções. Fica evidenciado, neste artigo, o princípio da igualdade de todas as crianças e adolescentes, estes sendo todos os seres humanos com idades compreendidas entre zero e dezoito anos incompletos, ou seja, sem categorias distintas de crianças e adolescentes, apesar de estarem em situações sociais, econômicas e culturais diferenciadas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente materializou e regulamentou a Doutrina da Proteção Integral, reiterando em seu artigo 4º, preceitos do art. 227 da Constituição Federal, trazendo alterações de diversificadas naturezas quanto à questão da criança e do adolescente no Brasil.

Analisando os artigos do E.C.A, o artigo 4º, como comentado anteriormente, é bem abrangente quanto à finalidade do tal documento.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

Outro artigo que destacamos é:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990)

Sabemos que a vida não pode se realizar sem a saúde e sem o completo bem-estar do ser humano em nível físico, psicológico e social. Deste modo, esse artigo é de suma importância em relação aos demais direitos fundamentais da criança e do adolescente, pois nenhum outro direito tais como à educação e ao convívio familiar, por exemplo, poderia ser concretizado.

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é um serviço que deve ser prestado prioritariamente através da rede pública de saúde. A participação não-

governamental não pode e não deve substituir o papel do Estado, devendo apenas complementá-lo.

Em se tratando de crianças e adolescentes, é importante ressaltar que a proteção à vida e à saúde deve permear todas as políticas públicas voltadas para esse público, sendo elas políticas básicas, protetivas ou socioeducativas.

O artigo 7º ressalva que a proteção integral só se concretiza na hipótese da criança e do adolescente viver e ter saúde em condições dignas. Esta determinação contribui para reforçar a concepção de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos.

O que podemos perceber é que, segundo o ECA, todas as políticas voltadas às crianças e adolescentes, proclamam que a infância tem direito a cuidados e assistência social prioritária, recebendo proteção para crescer, se desenvolver e amadurecer num ambiente de dignidade, compreensão e amor, com o objetivo de se preparar para enfrentar, mais tarde, aos desafios que a vida e a sociedade impõem. Mas a desigualdade social, encontrada até nos dias atuais, nos traz a fragilidade no trato com a criança e o adolescente, desfazendo aquilo proposto no Estatuto, como a dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade a esses jovens em pleno desenvolvimento psíquico e físico. Não se consegue assegurar todos os direitos a eles reservados em sua plenitude, sem distinção alguma de raça, cor, sexo, crença, posição econômica, ou qualquer outra condição.

A sociedade por ser contraditória, não contempla o que está expresso no Estatuto, excluindo uma parcela de jovens que vivem de forma precária, na mais absoluta pobreza e miséria. Muitos são “largados” aos seus próprios destinos, com seus sonhos e frustrações, padecendo e perambulando pelas ruas em busca de sua sobrevivência.

Convivemos com uma desigualdade naturalizada, desde o período colonial. Muitos desses jovens são frutos de uma sociedade onde os direitos conquistados ao longo dos anos não são levados às vias de fato, prevalecendo assim, como senso comum, o repúdio por melhores condições de vida e oportunidades para essas crianças e adolescentes. O desprezo, desrespeito e injustiça estão impregnados nas atitudes e posturas, não só dos agentes do Estado, mas da sociedade.

O que vemos hoje nas ruas são jovens “abandonados”, sem credibilidade e respeito por parte das autoridades e da sociedade, sendo marginalizados o tempo todo, não tendo seus direitos garantidos por meio de medidas de políticas sociais eficazes, que garantam um desenvolvimento pleno e sadio.

O Estatuto foi um grande avanço, mas ainda há muito o que ser conquistado e realizado em favor de nossos jovens que se encontram em situação de risco, perambulando e fazendo uso de drogas pelas ruas de nossa cidade, como forma de fuga da sua realidade.

2º Capítulo - O USO DO CRACK POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NO RIO DE JANEIRO

2.1 As Políticas voltadas para a população de rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída através do decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, estabelece diretrizes e rumos que possibilitam a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e/ou comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros e o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando sua vivência no espaço público da rua.

Alguns dos objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua, estão explicitados no artigo 7º. Dentre eles, destacamos:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; (BRASIL,2009)

A Constituição Federal tem como um de seus fundamentos, a dignidade humana, explicitado em seu artigo 1º, objetivando construir uma sociedade livre, justa e solidária; na garantia do desenvolvimento nacional; na erradicação da pobreza e da marginalização social; na redução das desigualdades sociais e regionais e na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, incs. I ao IV).

Analisando o artigo 5º da Constituição Federal, é determinado que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...). (BRASIL, 1988)

E no Capítulo II, do mesmo Título, Dos direitos sociais, no artigo 6º, a Constituição preconiza que:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados... (BRASIL, 1988)

Podemos concluir então que nas entrelinhas da nossa Constituição, a população de rua teria, como parte integrante da população brasileira, direitos sociais garantidos pelo poder público. Entretanto não é isso que acontece! As pessoas em situação de rua sofrem todo tipo de transgressão aos direitos sociais previstos na Constituição Federal, sendo estigmatizados e destituídos de sua cidadania.

Westphal (2000), considera que os municípios têm atuado no campo social de forma relativamente recente, devido ao processo de descentralização, enfrentando atualmente desafios que não constituíam primordialmente seu objeto de atenção. Os governos municipais ainda atuam geralmente de maneira segmentada e setORIZADA na prestação de serviços sociais, acentuando assim a fragmentação das políticas.

A Política de Assistência Social brasileira é organizada na forma de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e oferece dois níveis de proteção social: a Básica e a Especial. A Proteção Social Básica previne situações de riscos e de violações de direitos, desenvolvendo assim potencialidades e fortalecendo vínculos familiares e comunitários, tendo como seu equipamento de referência o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Já a Proteção Social Especial, oferece atenção e serviços socioassistenciais à famílias e pessoas em situação de risco e de direitos violados, abandono e maus tratos, tendo como seu equipamento de referência o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.

Sendo o CRAS e o CREAS unidades públicas de referência da Assistência Social, estas devem obedecer a legislação, estando localizadas em territórios com quadro de vulnerabilidades sociais.

De acordo com a Resolução CNAS nº 109 de novembro de 2009, existem entre os serviços socioassistenciais, o Serviço Especializado de Abordagem Social e os Serviços de Acolhimento Institucional (Abrigos, Casas de Passagem, Repúblicas e Família Acolhedora). O Serviço Especializado de Abordagem Social é vinculado ao CREAS e deve privilegiar a escuta, defesa de direitos, prestar informações e orientações e proceder encaminhamentos aos serviços de proteção e aos serviços das políticas setoriais. Já o Acolhimento Institucional deve ser realizado por técnicos e profissionais habilitados, tais como assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais. Por se tratar de um serviço de proteção social que tem como ponto primordial o estabelecimento de relação de confiança e acolhida, a presença de agentes de segurança não deve ocorrer.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS é o órgão da Prefeitura do Rio de Janeiro responsável pelo serviço de Assistência Social. Suas diretrizes de atuação são o combate às consequências geradas pela pobreza, a garantia de acesso às políticas públicas essenciais como educação, saúde, cultura, esporte e lazer e habitação, e o desenvolvimento de uma política de inclusão social das camadas mais pobres da população.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS é organizada através da ação das Coordenadorias de Desenvolvimento Social (CDS)⁴. As CDS também continuam atuando como portas de entrada dos cidadãos no atendimento prestado pela SMDS. A identificação das Coordenadorias de Desenvolvimento Social é feita através de números, totalizando dez unidades espalhadas na Cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com o site da SMDS, em 2013, a Prefeitura do Rio de Janeiro

⁴ É da competência de cada CDS: participar do planejamento de programas e projetos a serem realizados na sua área de abrangência; implementar a política regional de assistência; realizar pesquisas, coordenar, supervisionar e avaliar a execução de todas as ações de desenvolvimento social.

realizou um Censo da População de rua⁵ e após os dados obtidos, foram estabelecidos critérios de atuação e metas em três níveis: abordagem, acolhimento e fruição.

No que diz respeito ao Acolhimento, foi instituído o Acolhimento Dia – Centro POP, através de ambientes que permitam o estabelecimento de vínculos com o usuário, oferecendo o acesso à documentação, saúde, trabalho, educação, cultura, acesso a rede de serviços socioassistenciais, ocupação do tempo livre através de oficinas e higiene pessoal.

Já o Acolhimento Noturno – Albergue, institui o pernoite nas imediações onde o usuário estabelece sua rede de vínculo, oferecendo jantar e café da manhã. Este acolhimento é interligado com o equipamento de acolhimento dia e articulado e referenciado na rede do CREAS. O acolhimento noturno é focado no público com capacidade produtiva e /ou em processo de reinserção social ou familiar.

A Fruição acontece com o objetivo de desenvolver atividades sociais, culturais, de lazer e produtivas a partir do perfil do usuário. Foram apresentados o Papo de Rua e o Circulando como alternativas de programas que alcançariam tais objetivos. O Papo de Rua abre os canais de comunicação entre o poder público e os usuários, “dando voz” a eles, fortalecendo assim o protagonismo e a participação social. O Circulando amplia as possibilidades da população acolhida nos abrigos, possibilitando o direito ao uso dos ativos culturais, esportivos e de lazer da cidade.

2.1.1 – População em situação de rua e o uso prejudicial do Crack

O olhar atento sobre a realidade da população em situação de rua permite concluir que essas pessoas estão expostas a todas as formas de violação de seus direitos humanos, utilizando-se de diferentes estratégias para sobrevivência. Propor políticas públicas nessa área requer identificar algumas dessas estratégias, além de assegurar os direitos sociais, assegurados na Constituição Federal.

⁵ Os dados deste Censo já foram analisados no item 1.1- Pessoas em situação de rua: expressão da questão social.

O uso prejudicial do crack faz parte da realidade de uma parte dessas pessoas em situação de rua, que vêm nas drogas, um refúgio, necessitando assim de políticas públicas capazes de identificar e tratar da melhor forma possível esses indivíduos.

Segundo o site Antidrogas, o crack é uma droga psicotrópica estimulante. Uns dos temas de debate atuais é o fato dessa droga ter se popularizado muito rápido, gerando assim um grande número de usuários num curto intervalo de tempo.

Essa atual disseminação em todo o território nacional, e em alguns locais do país também do oxi (variante ainda mais tóxica do crack), vem dando alta visibilidade social e na mídia, mostrando muitos casos com níveis elevados de deterioração tanto psíquica quanto cognitiva, particularmente entre nossas crianças e adolescentes. As substâncias químicas misturadas na composição do crack e principalmente do oxi tem um alto impacto na saúde de seus usuários e cria dependência muito mais rapidamente, gerando um alto nível de fissura, em busca de novas pedras, não permitindo mais que o indivíduo mantenha suas atividades cotidianas normalmente. É assim que geralmente a maioria dos usuários acaba circulando em torno das chamadas Cracolândias⁶ ou onde a droga está disponível de forma mais fácil.

Em muitos casos, como a droga é de baixo custo, crianças e adolescentes acabam tendo seu vício sustentado com serviços associados ao tráfico, ou por pequenos delitos. Podemos concluir então que além de danos psíquicos e cognitivos, a droga também traz danos sociais, às vezes irreversíveis, a esses jovens.

De acordo com o site “Crack, é possível vencer”, a infância e juventude é uma fase onde ocorrem mudanças no corpo e no intelecto, onde passa a ser um processo de amadurecimento físico e emocional, sendo um período de desenvolvimento humano importante para a construção de um futuro adulto. O uso dessas substâncias é muito nocivo para um desenvolvimento sadio desses jovens, acarretando problemas para uma vida toda.

Segundo a “Cartilha sobre o Crack”, do Governo Federal, ao ser tragada, a

⁶ Local específico onde os usuários se encontram para comprar e usar drogas.

droga vai para os pulmões e este órgão, que é ricamente vascularizado, absorve a substância de forma instantânea. A droga então cai para a corrente sanguínea. Entre dez e quinze segundos após ser tragado, a substância invade o cérebro com dopamina, que é um neurotransmissor relacionado à relações de prazer e motivação. Ela causa aumento da frequência cardíaca e da temperatura corpórea, dilatação das pupilas e sensação de poder, força e euforia. Daí as “explosões de fúria” de uns usuários, por exemplo.

Com o uso prolongado da droga, o usuário passa a precisar de doses cada vez maiores para alcançar o mesmo efeito e sensação de antes. Ao longo dos anos, alguns efeitos físicos, psicológicos e até sociais surgem ao usuário, apresentando: Problemas respiratórios, aumento da temperatura corporal podendo elevar o risco de acidente vascular cerebral, destruição de células cerebrais e degeneração muscular, dando aparência esquelética do usuário frequente, depressão, ansiedade, irritabilidade, distúrbio do humor, paranoia, perda de apetite e sono, abandono de suas atividades como trabalho e/ou estudo, deterioração das relações familiares, dentre outras.

Ainda de acordo com a “Cartilha sobre o Crack”, cerca de cinco vezes mais potente que a cocaína, por exemplo, o crack é mais barato e mais acessível que outras drogas, sendo assim cada vez mais utilizado, preocupando assim a saúde pública. Portanto, é preciso pensar, além do uso, nas estratégias a serem adotadas para o tratamento desses usuários.

Para melhor entender a questão, é preciso então discutir o atual cenário da política de drogas.

2.2 Proibicionismo: O uso de drogas nas ruas do Rio de Janeiro – o crack

Sabe-se que o consumo de drogas é uma prática antiga em nossa sociedade, onde se fez presente, pelo menos até onde sabemos, desde as civilizações mais antigas, como os fenícios (4.000 a.C.), por exemplo.

Segundo Carneiro (2005), o consumo de substâncias psicoativas acompanha

a história da humanidade. Desde a pré-história são utilizadas para fins terapêuticos, recreativos ou rituais.

É na passagem do final do século XIX para o início do século XX que o uso de drogas começa a ser visto como o mal na Europa Ocidental, diante do constante aumento das massas que vagavam sem encontrar trabalhos nos grandes centros urbanos. Essas pessoas formadas por migrantes rurais expulsos de suas terras ou atraídos pelas promessas do crescimento das indústrias, começam a questionar a ordem social, ocasionando assim revoltas.

Apesar dessa longa tradição, a partir do início do século XX a circulação e os usos dessas substâncias passam a ser regulamentados, com algumas sendo permitidas e outras proibidas formalmente por serem consideradas ameaças à ordem social e estarem relacionadas a problemas de saúde, desordem e violência urbana. Carneiro (2002), aponta o paradoxo dessa relação ao destacar o século XX como o momento no qual o uso de drogas ilícitas alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado e um maior proibicionismo oficial, por outro. (RAUP, LUCIANE; ADORNO, RUBENS, 2011, pg 52-67).

Nesse mesmo período acima, o consumo de drogas perde seu valor de artigo de luxo da alta sociedade, passando a ser consumido por todos aqueles novos atores surgidos pela expansão urbana industrial que possibilitou o consumo em massa. Curiosamente, foi nesta época que se iniciaram as políticas proibicionistas:

É interessante reparar que o “novo crime” do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente conectado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade. (RODRIGUES, 2008, pg. 96)

O termo “droga” geralmente nos dá a ideia de uma substância proibida, de uso nocivo ao indivíduo, modificando as sensações, o humor e o comportamento da pessoa que está usando, embora esse mesmo termo possa se referir também a qualquer composto utilizado para um diagnóstico, prevenção ou tratamento de doenças, por exemplo.

De acordo com o site Antidrogas, droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética que, introduzida no organismo modifica suas funções. As drogas naturais são obtidas através de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais e temos como exemplo a cafeína (do café), a nicotina (presente no tabaco), o ópio (na papoula) e o THC tetrahidrocanabiol (da maconha). As drogas sintéticas são fabricadas em laboratório, exigindo para isso técnicas especiais para a sua produção. São aquelas produzidas a partir de uma ou várias substâncias químicas psicoativas que provocam alucinações no homem por estimular ou deprimir o sistema nervoso central, tendo como exemplos as anfetaminas, LSD, GHB, ecstasy, anabolizantes, dentre outras. Existem também as drogas semi-sintéticas, que são produzidas através de drogas naturais quimicamente alteradas em laboratórios, e temos como exemplo o crack, cocaína, cristais de rachiche, heroína, dentre outras.

Ainda segundo o site Antidrogas, as drogas psicotrópicas agem no sistema nervoso central, modificando as atividades psíquicas e produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Essas drogas podem ser absorvidas de várias formas: por injeção, por inalação, via oral, injeção intravenosa, ou aplicadas via retal (supositório). De acordo com a ação destas no organismo do indivíduo, um pesquisador francês, chamado Chaloult, classificou as drogas em três categorias: as estimulantes, os depressores e os perturbadores das atividades mentais.

As drogas estimulantes aumentam a atividade cerebral: o tempo de vigília é aumentado, a atenção é reforçada e há aceleração do pensamento, levando assim à euforia. Cafeína e nicotina são estimulantes naturais legalizados. Anfetaminas podem ser utilizadas pela medicina como moderadores do apetite, mas também são usadas sem o aval do médico. Cocaína e crack têm alto tropismo, ou seja, o usuário tem grandes chances de se tornar dependente.

Segundo a Cartilha sobre o Crack, elaborada pelo governo federal, o Crack é uma substância psicoativa estimulante, preparada à base da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. Para obtenção das pedras de crack também são misturadas à cocaína diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria. A pedra de crack não é solúvel em água e não pode ser injetada. Ela é fumada em cachimbo, tubo de PVC ou aquecida numa lata, em temperatura média de 95°C, passando do estado sólido ao de vapor. Quando queima, produz o

ruído que lhe deu o nome.

O uso de crack, no Brasil, vem crescendo de modo avassalador. Vale lembrar que o álcool e o tabaco também são muito utilizados, inclusive por crianças e adolescentes, possuindo assim agravos físicos, psíquicos e sociais, relativos ao seu uso constante. Entre estes jovens, está uma larga escala daqueles que estão em situação de rua.

Diante do exposto, devemos concluir então que no caso das crianças e adolescentes em situação de rua ou na rua, o abandono social vem antes e o crack vem logo depois. Além de ser uma droga barata, seu uso passa a ser um refúgio para essas crianças e adolescentes, pois são mais vulneráveis, já que estão inseridos em um contexto onde a circulação dessas substâncias é de livre acesso. O que os leva ao crack, em sua grande maioria, é a falta de acesso à educação, saúde e moradia, ou seja, a privação da sua própria cidadania. Isto passa a ser um fator de risco para a droga. É desta vulnerabilidade existencial que se origina a abertura para o possível uso prejudicial de drogas.

O proibicionismo a algumas drogas, vem tentando convencer de que será possível uma sociedade sem drogas, sem a recorrente manifestação da procura humana por estados alterados de consciência.

Portanto, o proibicionismo a certas drogas criou um lastro de legitimidade para a intervenção do Estado, podendo assim invadir a liberdade e acabar com princípios democráticos a partir de sua ampla e difusa produção de dispositivos criminalizadores.

... o proibicionismo brasileiro às drogas com sua legislação articulam-se não só com as recomendações hegemônicas do proibicionismo internacional como também é orgânico à força da formação social brasileira, que mantém os problemas societários como problemas de repressão policial e da órbita da responsabilidade individual. (LIMA, 2010, p.119).

Mas esse proibicionismo é incapaz de reverter a produção e o consumo de drogas, bem como de enfrentar o poder do tráfico internacional e nacional de drogas. O fato de ser proibido, por si, já gera bastante lucro para aqueles que comercializam a droga, por exemplo. O próprio crime do tráfico é sustentado por esse lado proibicionista.

A discriminação da produção caseira ou de venda controlada em farmácias de produção sob controle estatal, bem como a livre portabilidade e consumo de pequenas quantidades de drogas leves (principalmente maconha), como acontece em alguns países da Europa, como na Holanda, por exemplo, significam um grande avanço na quebra de monopólio do tráfico. Essa iniciativa faz com que se retire do narcotráfico o poder e a renda associada a estas drogas, diminuindo a criminalização dos usuários e do transporte de pequenas quantidades, concentrando assim o trabalho policial no controle mais efetivo das drogas mais importantes e nos responsáveis maiores pelo tráfico, por exemplo.

Hoje em dia, há em nosso país um maior espaço para se discutir novas legislações, políticas e programas de redução de danos, de assistência ao abuso de drogas e descriminalização parcial do consumo de pequenas quantidades de drogas mais leves. A Lei 11.343, de 2006, diferencia o consumidor do traficante e estabelece penas comunitárias e tratamento para o usuário, significando assim um pequeno avanço nesta nova perspectiva de mudança.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica. (BRASIL, 2006)

Neste cenário de progressos, está em curso em nosso país, um debate ainda discreto sobre a descriminalização da produção e consumo de pequenas quantidades de maconha. O novo Código Penal, divulgado em maio de 2012, contempla essa questão.

EXCLUSÃO DO CRIME:

2º - Não há crime se o agente:

I - Adquire, guarda, tem em depósito, transporta ou traz consigo, para consumo pessoal;

II – Semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de drogas para consumo pessoal; (BRASIL, 2012, pg 88)

Esta proposta de lei certamente encontra muita resistência por parte da posição proibicionista em relação a qualquer droga considerada ilícita até então em nosso país, pois a compreensão é a de que o "uso de drogas" é sempre e invariavelmente um comportamento desviante da sociedade, precisando assim ser punida.

A ideia de acabar com o uso de drogas entre os seres humanos é uma tarefa impossível, tendo em vista a história de vida do ser humano. Todo e qualquer esforço, seja de caráter preventivo ou de tratamento ao uso de drogas, que pretender negar esta possibilidade humana, estará fadado ao fracasso.

Na abordagem de redução de danos, onde se reduz vulnerabilidades ao uso prejudicial de drogas, é estabelecido um contraponto à abordagem proibicionista, ou seja, em vez de trabalhar somente a abstinência⁷ e a repressão, o sentido da prevenção é o de promover ações redutoras ao uso nocivo de drogas.

Um dos elementos principais que explica o fracasso do proibicionismo é justamente o que está na base de seus pressupostos preventivos: a preconização da abstinência.

Ao longo dos anos, as políticas sobre o uso do álcool e outras drogas tornaram como pontos principais de discussão, as medidas proibicionistas ou de redução de danos, no que tange especificamente aos tratamentos ofertados aos usuários de drogas.

⁷ Ação de abster-se; deixar de fazer alguma coisa; em que há privação. Particularidade ou estado de quem se abstém.

2.3 Política sobre o uso do álcool e outras drogas no Brasil

A questão das drogas era a princípio conduzida por ações pautadas pela Lei nº 6.368/76, voltadas para o âmbito jurídico-moral, conforme define Silva (2013, pg.68):

até bem recentemente, a única política de Estado no Brasil que tratava da questão das drogas se encaixava no modelo jurídico-moral⁸ – era a Lei n. 6.368/76, criada na época da ditadura militar, que convoca todos os brasileiros a lutar pela prevenção do uso e combate do tráfico e da droga ilícita.

Segundo a Lei nº 6.368/76:

Art. 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica. (BRASIL, 1976)

Contudo, com a criação da Lei nº 8.080/90 (que regulamentou ações e serviços de saúde, dando condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde), e a Lei 10.216/01 (que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial), ocorreram alguns avanços no que diz respeito ao acesso aos direitos, principalmente na área da assistência social.

Essas legislações garantem a universalidade de acesso e direito à assistência e valorizam a descentralização do modelo de atendimento, determinando a estruturação de serviços mais próximos do convívio social dos usuários, que trabalhem em rede e ajustem suas ações às

⁸ A autora ao utilizar a expressão “jurídico-moral” está se referindo aos modelos que perpassam e norteiam as ações de condução da problemática das drogas, que são eles: jurídico-moral; biológica ou da saúde pública; psicossocial e sociocultural. DISCURSO JURÍDICO-MORAL: Impede o acesso a droga, através da repressão ao tráfico e ao uso. Manter o indivíduo afastado do consumo por meio da punição ou da ameaça a punição.

necessidades da população. (SILVA, 2013, pg.68).

A lei 10.216/01, que é o marco legal para a Reforma Psiquiátrica, garantiu, tanto aos usuários de serviços de saúde mental quanto aos que sofrem de transtornos psicóticos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade e a integralidade no acesso às políticas de saúde, tal como também preconiza o Sistema Único de Saúde.

A Reforma Psiquiátrica promoveu um avanço para a política de saúde, retirando os pacientes dos hospitais e trazendo para um modelo de cuidado com base comunitária (família, sociedade, indivíduo), propondo como ação estratégica a Redução de danos, acabando assim com o tratamento em uma única alternativa, que era a abstinência.

Por meio do decreto 4345 de 26/08/02, surgiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que tinha como pontos principais a integração das políticas públicas, descentralização das ações em nível municipal e estreitamento das relações com a sociedade e comunidade científica.

A Política para a Atenção Integral ao uso de Álcool e Outras Drogas, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003, surgiu devido aos agravos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas e de uma ausência de cuidados da população usuária, havendo assim, uma necessidade de se implementar uma ação política de prevenção, tratamento e educação, proporcionando a esses usuários uma maior qualidade de vida.

Essa é uma política pública que trouxe avanços e desafios para o enfrentamento da problemática das drogas, no âmbito do Estado e da sociedade civil. Ela direciona o modelo assistencial para o tratamento, estando em acordo com o que preconizam os princípios da Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde. Segundo seu texto, a assistência a usuários de álcool e outras drogas deve ser fornecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados extra-hospitalares oferecidos na Rede Básica de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) e nos Consultórios de rua.

(...) torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica⁹ (SANTOS, 2003, pg 6)

Após a revisão do decreto nº 4345/02, a Política Nacional Antidrogas (PNAD), deixa de se chamar assim, de acordo com tendências internacionais, posicionamento do governo e da nova demanda popular, entrando assim em vigor, através da Resolução nº3/GSIPR/CONAD, de 27.10.05, a Política Nacional sobre Drogas.

A Política Nacional sobre drogas tem como base eixos de ações, como a Prevenção; Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; Redução de Danos Sociais e à Saúde; Redução da Oferta; Estudos, Pesquisas e Avaliações. Segue abaixo, alguns de seus pressupostos e objetivos, como podemos verificar nos pressupostos e objetivos dessa política:

Pressupostos da Política Nacional sobre Drogas:

- (...)Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.
- Garantir que o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo,

⁹ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo. (...) (BRASIL, 2005)

Podemos perceber que o foco desses pressupostos e objetivos está baseado no respeito ao usuário e na busca pela opção de tratamento mais adequada.

Objetivos da Política Nacional sobre Drogas:

- (...) Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.
- Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.
- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências.
- Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde. (...) (BRASIL, 2005)

A lei 11.343/06, que cria o Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas possibilitou um maior comprometimento com a cidadania dos usuários, ocorrendo a distinção clara e definitiva entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, além de descriminalizar qualquer tipo de droga. Outro ponto importante é o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico.

Atualmente, podemos observar que a Política Nacional sobre Drogas e a Lei 11.343/06, são as duas normativas de maior dimensão na questão das drogas.

Devemos também destacar a criação do decreto nº 6117/07, que criou a Política Nacional sobre o Álcool, pois o mesmo surge a partir da preocupação social com o uso exacerbado da droga, visto que a mesma produz impactos sociais. Esse decreto é regido por princípios de intersetorialidade e integralidade em suas ações.

I - OBJETIVO

1. A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira. (BRASIL, 2007)

Este decreto tem dentre suas diretrizes, estabelecer ações descentralizadas e autônomas de gestão e execução nas esferas federal, estadual, municipal e distrital; estimular para que as instâncias de controle social dos âmbitos federal, estadual, municipal e distrital observem, no limite de suas competências, seu papel de articulador dos diversos segmentos envolvidos; utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo; estimular e fomentar medidas que restrinjam, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais; fortalecer medidas de fiscalização para o controle da venda de bebidas alcoólicas a pessoas que apresentem sintomas de embriaguez e promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool.

É importante também ser lembrado que o decreto nº 6117/07 demonstra preocupação com o uso do álcool com os acidentes de trânsito. A partir dessas discussões, houve uma sugestão para que houvesse uma mudança na legislação do Código de Trânsito Brasileiro, com penalidades mais severas para o condutor sob influência do álcool.

Em 2008, através da lei nº 11.705, foi criada a lei popularmente chamada de “Lei Seca”. Segundo seu texto:

Art. 1º Esta Lei altera dispositivos, da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia 0 (zero) e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, e da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição

Federal, para obrigar os estabelecimentos comerciais em que se vendem ou oferecem bebidas alcoólicas a estampar, no recinto, aviso de que constitui crime dirigir sob a influência de álcool. (BRASIL, 2008)

Dentre os marcos institucionais mais recentes no combate ao uso de drogas, aparece o decreto nº 7179/10, com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, que tem como objetivos:

- I** - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- II** - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
- III** - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;
- IV** - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;
- V** - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas;
- e **VI** - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira. (BRASIL, 2010)

Em 2011, foi lançado o Programa Crack, é possível vencer. Esse programa é coordenado pelo Ministério da Justiça que desenvolve, em parceria com outros Ministérios, uma ação integrada que envolve três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. De acordo com o site do Ministério da Justiça, dentro desses três aspectos, o programa integra vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social.

Por fim, não podemos esquecer também de algumas alternativas de atenção à população usuária de drogas que surgiram no Brasil. Com a epidemia da aids, na década de 1980 e 1990, houve uma intervenção efetiva na saúde a fim de mapear a população infectada, pois muitos eram usuários de drogas injetáveis. E mediante

essa constatação, de acordo com a portaria GM nº 816/2002, do Programa de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, são criados e se estabelecem os CAPS ad, que são Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. A criação dos CAPSad foi uma forma de humanização do tratamento aos usuários de drogas.

De acordo com o relatório da coordenação de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, de 2011: o município conta com 21 CAPS próprios, sendo 11 CAPS II, 02 CAPS III¹⁰, **03 CAPS AD**¹¹ e 05 CAPSI¹².

Já segundo o Relatório de visitas aos “abrigos especializados”¹³ para crianças e adolescentes, a política de Assistência Social brasileira é organizada na forma de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e oferece dois níveis de proteção social: a Básica e a Especial. A proteção social Básica previne situações de riscos e de violações de direitos, desenvolvendo potencialidades e favorecendo vínculos familiares e comunitários. O seu equipamento de referência é o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). A proteção social Especial provê atenção e serviços socioassistenciais à famílias e pessoas em situação de risco e de direitos violados, abandono, maus tratos. Opera através do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e de programas e serviços personalizados. Os CRAS e os CREAS são unidades públicas de referência da Assistência Social e, obedecendo à legislação, se localizam em territórios com quadro de vulnerabilidades sociais. De acordo com este mesmo relatório, em 2012, no Rio de Janeiro, existiam 44 CRAS e 14 CREAS.

Infelizmente, os CRAS e CREAS que existem no estado do Rio de Janeiro, como em todo o país, não dão conta de assistir a todo contingente da população usuária de drogas, e nem possuem subsídios suficientes para tal. Assim a efetividade da Proteção Social não alcança a especificidade dos usuários de drogas,

¹⁰ Serviço que funciona 24 horas e é estruturado para possibilitar recolhimento noturno e intensificação do cuidado nas situações de crise.

¹¹ Serviço voltado para a atenção à clientela usuária de álcool e outras drogas.

¹² Serviço voltado para a atenção à clientela infanto-juvenil. É um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente.

¹³ Nome dado pela PERJ às entidades de acolhimento que recebiam usuários de crack.

mantendo-os assim, sem uma proteção efetiva, de fato.

Pelo fato do uso de substâncias psicoativas serem uma constante nas ruas, o estudo e a atenção às políticas públicas voltadas à população de rua tem grande importância nesse cenário, visto que é um segmento da sociedade que está historicamente à margem das prioridades do poder público.

2.4 Estratégia da Redução de danos X Recolhimento Compulsório

Segundo Queiroz (2001), as noções contemporâneas da prática de Redução de Danos surgiram com a formulação da política de drogas holandesa entre o final da década de 1970 e início da de 1980. Organizações de cidadãos holandeses usuários de drogas injetáveis, preocupados em diminuir os riscos de transmissão de doenças como a Hepatite B, por exemplo, criaram medidas como a troca de seringas durante o uso dessas drogas. Como no Brasil não poderia ser diferente, a epidemia de Aids fez com que o país adotasse a Redução de Danos como estratégia de enfrentamento para a prevenção da doença, pois entre os grupos mais vulneráveis estavam os de usuários de drogas injetáveis¹⁴.

De acordo com a Política sobre Drogas, do portal do Ministério da Justiça, Governo Federal, a Redução de Danos significa:

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, que deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

A Política sobre drogas nos dá diretrizes e reconhece a estratégia de redução de danos, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.

¹⁴ São drogas introduzidas no corpo com seringas e agulhas.

Segundo as considerações de Cruz, (2006):

A redução de danos (RD) constitui uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas que não pressupõe a extinção do uso de drogas seja no âmbito do coletivo seja no de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. (pg 2)

Basicamente, a Redução de danos não se pauta no princípio da abstinência como objetivo principal. Ela é uma política de saúde que se propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas ou não. Em outras palavras, é uma medida de prevenção, onde são utilizadas medidas que diminuem os danos causados pelo uso das drogas, mesmo quando o usuário não interrompe seu consumo.

A estratégia de redução de danos está prevista na Lei 11.343/2006, no título III – Das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, Capítulo I – Da prevenção, artigo VI:

O reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados. (BRASIL,2006)

Nas estratégias de redução de danos, estão previstas, como medidas de prevenção: as trocas de seringas, exames clínicos para doenças transmissíveis, tratamento para doenças clínicas, tratamento para dependência da substância e elaboração de material educativo.

Há também as terapias de substituição, onde é proposto ao usuário a troca da substância pela qual é dependente, por outra que oferece menos riscos, sem o uso de agulhas ou outro material cortante, por exemplo. Sendo drogas de uso oral, os usuários passam a não mais se injetar, diminuindo assim os riscos de contaminação ligados à via venosa.

Mas esta proposta de Redução de danos tem causado, ao longo dos anos, alguns argumentos contrários à sua prática adotada, onde o fato de não se falar da abstinência total das drogas como a única forma de cura, gera certo desconforto entre instituições e profissionais. Algumas instituições exigem a abstinência total como única forma de cura para usuários que buscam tratamento em suas unidades, excluindo assim aqueles que não conseguem interromper o uso das substâncias de imediato.

Os Narcóticos Anônimos (N.A.) tem esse método, onde podemos comprovar no artigo 3º das Doze Tradições: O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.

Nas reuniões, o apoio e a confiança são fundamentais entre o grupo. Podemos comprovar que o desejo e a abstinência tem que caminhar juntas em prol do objetivo final, não sendo toleradas outras formas de cura. Podemos ver, que com esse método, a instituição nos remete que através do proibicionismo, se consegue a cura para os usuários de drogas.

Entre os argumentos favoráveis à Redução de Danos, está a tolerância aos usuários de drogas em suas escolhas individuais e o respeito à diversidade. É importante se aplicar uma forma diferenciada de tratamento, pois cada indivíduo possui aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais diferenciados. Portanto, há pessoas que conseguem interromper o uso de substâncias com ajuda ou espontaneamente, assim como há muitas que não conseguem controlar o seu consumo, levando até risco de vida a outras pessoas.

Podemos concluir então, que os usuários que não conseguem ficar em abstinência podem se beneficiar da política de Redução de danos. Esse usuário pode não parar, mas vai fazer o uso de drogas com uma frequência menor, em circunstâncias de menos risco para sua vida. Do ponto de vista da saúde pública, é um avanço se esse usuário for mantido em condições de levar uma vida normal, trabalhando e estudando, por exemplo.

Infelizmente, muitas instituições e profissionais que rejeitam a Redução de danos lidam com todos os indivíduos como se fossem iguais entre si, propondo formas de prevenção ou de tratamento que não levam em consideração a diversidade, exigindo a abstinência imediata para os usuários de drogas. Isso nos

faz lembrar o modelo manicomial adotado antigamente, onde os usuários de drogas eram internados em manicômios, sendo tratados como doentes psiquiátricos, tendo a abstinência e liberdade privadas, sem o devido respeito a diversidade.

Em maio de 2011, a Prefeitura do Rio de Janeiro publicou o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, no âmbito das ações da Proteção Social Especial de Média Complexidade¹⁵, regulamentada pela Secretaria Municipal de Assistência Social, hoje Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, através da Resolução SMAS nº 20/2011. Este protocolo instituiu os instrumentos a serem utilizados no trabalho desta secretaria.

Neste protocolo está a decisão de internar compulsoriamente as crianças e adolescentes que, na avaliação de especialistas, estiverem em seu estado de saúde comprometidas com o uso do crack e outras drogas psicoativas. E se essas crianças e adolescentes forem acolhidos no período noturno, independente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas, deverão ser mantidos abrigados de forma compulsória, tendo como objetivo a garantia de sua integridade física. Porém, sabemos que existem três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Tanto a voluntária quanto a involuntária é obrigatório o laudo médico. A voluntária é quando a pessoa aceita ser conduzida para o hospital para um tratamento intensivo. A involuntária é mais frequente em caso de surto ou agressividade exagerada, sendo o paciente por certas vezes contido. Já a internação compulsória, é uma ação que deve ser usada como último recurso, pois necessita de uma avaliação de um juiz, usada nos casos em que a pessoa esteja correndo risco de morte devido ao uso de drogas ou de transtornos mentais. Apesar da internação compulsória deve ser utilizada em último recurso, a mesma é realizada de forma exacerbada pela Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, através do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social.

Podemos concluir então, que a internação compulsória, além de gerar polêmicas, desrespeita também os direitos das crianças e adolescentes adquiridos ao longo dos tempos.

¹⁵ A Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade oferta atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, geralmente inseridos no núcleo familiar.

A Declaração de Genebra de 1924 preconizou o dever de observância aos direitos das crianças, do qual ressalta assegurar a proteção das mesmas.

Em 20 de novembro de 1959 a Organização das Nações Unidas adotou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, adaptada da Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo posteriormente ratificada pelo Brasil, indicando em seu Princípio II que:

(...) II- A criança gozará de uma proteção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança. (...)

A Constituição Federal de 1988 também contemplou a proteção dos direitos fundamentais e em seu artigo 227, deu a garantia de direitos às crianças e adolescentes.

Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069/90, as crianças e os adolescentes passaram a ser considerados cidadãos, sujeitos de direitos pessoais e sociais garantidos, sendo assim um desafio para os governos, em todas suas esferas, a formularem e implementarem políticas públicas. O Poder Legislativo deve ter como princípio fundamentalista o interesse das crianças e adolescentes, prevendo assim uma legislação que atenda aos fins propostos constitucionalmente, de modo que todos os direitos conferidos sejam alcançados. Ao Poder Judiciário incumbe garantir a constitucionalidade e a legalidade dos atos realizados, sejam eles destinatários das normas preventivas e/ou protetivas. Por sua vez, o Poder Executivo, de forma repressiva, realiza o recolhimento dessas crianças e adolescentes nas ruas.

Analisando o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, dentre os pontos de maiores questionamentos, está o artigo 5º, inciso XXVIII, Parágrafos 3º e 4º, que trata do recolhimento e abrigamento/internação compulsórios para crianças e adolescentes em situação de rua que fazem uso de drogas ou não.

§3º A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos. (SMAS/PCRJ,2011)

§4º Não obstante o previsto nos §§ 2º e 3º deste artigo, a criança e o adolescente acolhidos no período noturno, independente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória, com o objetivo de garantir sua integridade física. (SMAS/PCRJ,2011)

Outro ponto do protocolo que merece destaque é a resolução exigindo que todas as crianças e adolescentes acolhidos só poderão deixar os abrigos após terem os responsáveis identificados, além de ter ainda a comunicação do ocorrido aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, como o Conselho Tutelar e as Varas da Infância.

5º As crianças e os adolescentes acolhidos/abrigados só sairão após anuência do Conselho Tutelar da área e a autorização do Juízo responsável. (SMAS/PCRJ,2011)

Podemos perceber então que uma das justificativas para o recolhimento e abrigamento compulsório de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, é o dever do poder público em zelar pela integridade desses menores e a preservação do direito à vida, observados na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. O ministro do Supremo Tribunal Federal em 2011, Luiz Fux, se manifestou a favor da forma adotada pela SMAS:

A Constituição Federal determina que é dever de todos a proteção da criança e do adolescente e neste caso há de prevalecer o dever do Estado para curá-los de sua dependência química.¹⁶

¹⁶ Acesso em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=1852993>

O Protocolo traz ainda as atribuições dos técnicos e educadores sociais envolvidos no trabalho, os fluxos de abordagem e novos instrumentos para o mapeamento e abordagem da população em situação de rua no município do Rio de Janeiro.

De acordo com a fundação Pró Menino, um dos motivos dados para a internação compulsória pelo então Secretário de Assistência Social do Rio de Janeiro, Rodrigo Bethlem, é que a proposta condiz com a responsabilidade de garantir a integridade dessas crianças e adolescentes e que o abrigo compulsório nada tinha haver com uma suposta "higienização da cidade", para os grandiosos eventos previstos para a cidade.

Esse programa tem como objetivo salvar vidas. As entidades contrárias a ele são formadas por demagogos de plantão, que não apresentam proposta nenhuma para melhorar a condição de vida dessas crianças e fazem exercício de achismo. Nós estamos preocupados em cumprir com a nossa obrigação, prevista pelo ECA.

Se houvesse de fato uma preocupação real com uma abordagem mais justa e solidária, ao invés de apresentar a internação compulsória como uma alternativa eficaz, a Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro deveria anunciar investimentos na implementação e ampliação da rede de Saúde, em nosso município.

Desde o lançamento, organizações vêm questionando o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social” por contrariarem diretrizes e princípios básicos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outras políticas voltadas para a temática.

Essa privação de liberdade imposta, priva os direitos e garantias previstos no Estatuto da Criança e Adolescente. Analisando então o ECA, podemos perceber em alguns artigos, que a nova abordagem não está de acordo com as normas legais vigentes, gerando assim críticas de diversos setores da sociedade. Destacamos então o artigo 15, por considerar bem abrangente quanto aos direitos adquiridos ao longo dos anos.

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. (BRASIL,1990)

O artigo 15 do ECA, assegura o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade das crianças e adolescentes, pondo-os a salvo de qualquer arbitrariedade por parte do Estado, da família ou da sociedade. O artigo 106, deste mesmo estatuto, também confere que o adolescente somente será privado de sua liberdade em duas hipóteses: 1) em caso de flagrante de ato infracional ou 2) por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente.

Então podemos entender que se a apreensão ou a “abordagem” do adolescente não se deu em razão de flagrante de ato infracional, sua condução coercitiva à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente para verificação de existência de mandado de busca e apreensão e posteriormente o seu acolhimento, representa um claro desrespeito às garantias constitucionais, como visto abaixo:

XV – Acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente – DPCA, para verificação de existência de mandado de busca e apreensão e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial; (...) ¹⁷

Diferentemente do que se tem visto no recolhimento compulsório, o Estado só deve fazer o uso do abrigamento das crianças e adolescentes como última instância, quando todos os esforços da família e de programas sociais já tiverem sido esgotados. O fato de estarem agindo dessa forma, vai contra os direitos conquistados das crianças e adolescentes ao longo dos anos.

O que não se sabe de fato é o real propósito dessa política. Seria esta uma medida de higienização da cidade, retirando as crianças e adolescentes para que estas “não poluam visualmente” as ruas da cidade ou seria uma medida protetiva, a fim de cuidar e amparar esses jovens?

¹⁷ Após de diversos questionamentos de setores da sociedade civil, essa parte foi retirada do Protocolo.

O que sabemos é que o recolhimento entra em conflito com algumas políticas que regem a assistência social, como a Política Nacional de Assistência Social, que em seu segundo capítulo, intitulado como Política Pública de Assistência Social, elenca em seus princípios e objetivos:

Princípios

III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

Objetivos

Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária; (BRASIL, 2004)

E como na Política Nacional para a População em Situação de Rua,

Art. 5º São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade:

I - respeito à dignidade da pessoa humana;

II - direito à convivência familiar e comunitária;

III - valorização e respeito à vida e à cidadania;

IV - atendimento humanizado e universalizado; (..) (BRASIL, 2009)

Em ambas, o respeito à dignidade e o direito à convivência familiar e comunitária são preconizadas. O “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social” se constitui um retrocesso, visto os avanços conquistados até hoje de forma democrática e legítima, estabelecidos por marcos legais e internacionais.

A Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, ao eleger este protocolo de atuação, aponta que sua prioridade enquanto política pública não é fortalecer e consolidar a rede de equipamentos de saúde. Com o número reduzido de equipamentos, caracterizando assim uma precarização da assistência, a rede de Saúde não consegue atender a demanda de tratamento, precarizando assim esse setor

também.

Podemos concluir então que o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social” tem em seu viés um caráter de higienização social, violando direitos fundamentais inerentes a pessoa humana.

Em um Estado Democrático de Direito, os cidadãos devem ser compreendidos como sujeitos das políticas públicas e não como objeto delas. No Protocolo, as Crianças e Adolescentes são compreendidos como objetos através da política de recolhimento compulsório e isso é inaceitável, pois fere a democracia e a garantia dos direitos humanos.

Para melhorar a qualidade de vida dessas crianças e adolescentes e tirá-las definitivamente do uso de drogas, é preciso propor um acesso real a seus direitos, oferecendo educação e a possibilidade da volta à convivência familiar. Não é simplesmente internando compulsoriamente que se resolve essa questão.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo discutir o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua no município do Rio de Janeiro, tendo como norteador a problematização do uso das drogas na cidade. Podemos concluir que o recolhimento e a internação compulsória são políticas violadoras de direitos, pois as crianças e adolescentes que se encontram em situação de rua e/ou fazem uso de substâncias psicoativas, como o crack, por exemplo, estão entre os alvos das ações repressivas do Estado. A Prefeitura do Rio de Janeiro, com a presença ostensiva da polícia, realiza operações de recolhimento e internação compulsória de forma demasiada principalmente em zonas centrais e em locais com alto índice de rotatividade de turistas e residentes fixos, realizando uma espécie de higienização local, rompendo assim com questões e princípios inerentes a integridade humana.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua garante a integridade e o atendimento nas políticas públicas de saúde e de assistência, entre outras. O recolhimento e a internação compulsória não compreende o que foi preconizado nessa política e não garante os princípios constitucionais a esses usuários, principalmente estes sendo crianças e adolescentes. Não é recolhendo e internando em comunidades terapêuticas que a questão é resolvida. Devem ser discutidas e aprimoradas formas de tratamentos eficazes e mais humanizados para os usuários.

As políticas de assistência a usuários de drogas da Prefeitura, como a internação compulsória e a falta de iniciativas de inserção desse usuário no conjunto de políticas públicas, não garantem eficácia. A questão também deve ser encarada como problema social e de saúde, e não de segurança. A internação, depois de ser realizada de maneira forçada, tem monitoramento muito limitado, prezando pela abstinência total do usuário e não garantindo assistência depois da internação, quando o usuário volta para as ruas, fazendo assim com que esse retome o consumo. Infelizmente, em nossa cidade, as políticas insistem em manter um caráter proibicionista e repressivo, ao contrário das tendências mundiais, sem levar em conta, alternativas mais eficazes e humanas para o tratamento do problema. Não é

realizado um processo de triagem dos usuários, definindo o tipo de tratamento personalizado para cada um deles, visto que cada um tem seu tempo. As comunidades terapêuticas, por exemplo, para onde muitos desses dependentes são encaminhados, exigem a abstinência. O grande problema é que muitas das políticas e tratamentos atuais enxergam a abstinência como o único sucesso.

Ao longo dos anos, a redução de danos foi se tornando uma estratégia da política de saúde, sendo uma alternativa e um contraponto às estratégias pautadas na lógica da abstinência. A redução de danos, não aparece como solução definitiva para os problemas relacionados ao consumo de drogas, mas se baseia no respeito ao indivíduo.

Segundo o Ministério da Saúde, a redução de danos “reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa (proteção da autonomia) de sua vida.” (BRASIL, 2003)

Independentemente do tratamento, conclui-se que para melhorar a qualidade de vida dessas crianças e tirá-las definitivamente das drogas, é preciso tentar reinseri-las na convivência familiar e oferecer educação e capacitação a elas para que não retornem às ruas.

O recolhimento e internação compulsória de crianças e adolescentes é um retrocesso ao histórico de lutas da humanização do tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

As políticas públicas devem proporcionar as crianças e adolescentes o acesso a direitos como saúde, educação, lazer, esporte e cultura, sem que para isto as mesmas tenham restrição de seus direitos à dignidade, à liberdade e ao respeito.

Referências

BRASIL. **Cartilha Crack é possível vencer**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/campanhas/Crack/cartilha%20crack%20v1%20revisado.pdf> Acesso em: 13/07/14

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 3 jun. 2014a.

_____, **Decreto-Lei nº 42, DE 24 DE MARÇO DE 1975**. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/5f26f86a751527ae032569ba00834b5f/b632dc1d5c9ecfa03256b2e006a4195?OpenDocument> Acesso em: 30 jul. 2014b.

_____, **Decreto nº 6.117, DE 22 DE MAIO DE 2007**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm Acesso em: 05 jul. 2014c.

_____, **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.html. Acesso em: 30 out. 2014d.

_____, **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm Acesso em: 06 set. 2014e.

_____, **Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011**. Programa Nacional “Crack, é possível vencer!”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm Acesso em: 04 set. 2014f.

_____, **Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964**. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/103487/lei-4513-64> Acesso em: 30 jun, 2014g.

_____, **Lei nº 6.368, DE 21 DE OUTUBRO DE 1976**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm Acesso em: 13 jun. 2014h.

_____, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 13 jun. 2014i.

_____, **Lei nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 16 jun. 2014j.

_____, **Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 18 jun. 2014k.

_____, **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 27 out. 2014l.

_____, **Lei nº 11.705, DE 19 DE JUNHO DE 2008.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm Acesso em: 03 ago. 2014m.

_____, **Lei nº 12.694, DE 24 DE JULHO DE 2012.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12694.htm Acesso em: 05 out. 2014n.

_____, **Ministério da Justiça.** Drogas é possível vencer. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicações/materialinformativo/seriepor-dentro-do-assunto/crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em 05 abr. 2013o.

_____, **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf> Acesso em: 19 nov.2014p.

_____, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Sumário Executivo. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: MDS, 2008. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf Acesso em 15 out. 2014q.

_____, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop*. Brasília, 2011. Acesso em 15/08/2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/orientacoes-tecnicas-centro-de-referencia-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua-centro-pop-e-servico-especializado-para-pessoas-em-situacao-de-rua-1/05-caderno-centro-popfinal-dez.pdf> Acesso em: 15 out. 2014r.

_____, **Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD.** Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília: 2004. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>.. Acesso em: 27 nov. 2014s.

CARNEIRO, H. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas**: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2005.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Observatório do crack**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/ObservatoriodoCrack\(2012\).pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/ObservatoriodoCrack(2012).pdf)>. Acesso em 10 fev.2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cartilha sobre o crack**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/imagens/campanhas/crack/cartilha%20crack%20v1%20revisado.pdf>>. Acesso em 25 set. 2013.

CRUZ, M.S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (Org). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. Pg. 13-24

DARLAN, S. **Acolher é proteger**. Recolher é crime. 2011. Disponível em: <<http://www.blogdosirodarlan.com/?p=128>>. Acesso em: 24 out. 2014

GRACIANI, M. S. S. **Pedagogia social de rua**: análise e sistematização de uma experiência vivida. 5. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2005. Coleção prospectiva. v. 4.

GREGORI, Maria Filomena. **Viração**: experiências de meninos nas ruas – São Paulo: Companhia das letras, 2000.

IAMAMOTO, Marilda. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica – 21 ed. – São Paulo, Cortez;[Lima,Peru]: CELATS, 2007.

_____, O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 1998.

LIMA, R. C.C. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**. Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez. 2012

_____, Exposição na audiência para lançamento da proposta da Comissão Parlamentar de Inquérito da Internação Compulsória. RJ: Câmara dos Vereadores do Município do Rio de Janeiro, autoria Renato Cinco, 18 mar. 2013.

_____, CARRILHO, L.K.S; TAVARES, P.S.P.B. **Políticas sociais sobre o crack no Rio de Janeiro**. Anais do 8º Encontro Nacional de Política Social : As transformações do Estado no mundo hoje. 10 a 13 de junho de 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. META - Instituto de Pesquisa de Opinião/IETS.

População de rua 2013 - Um direito à cidade. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4576565/4118206/PesquisaCenso.pdf> Acesso em: 14 nov.2014

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. Disponível em: <http://www.na.org.br/> Acesso em: 24 out. 2014

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate.** São Paulo: Cortez, 2004.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). **Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade.** Resolução nº 20, de 27 de maio de 2011, Diário Oficial Eletrônico do Município de 30.05.2011.

RAUP, Luciane; ADORNO, Rubens. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo. 2011 (4): pg 52-67.

RIZZINI, I. **O século perdido:** raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, Irma. **Assistência à Infância no Brasil:** uma análise de sua construção. Cap.II. A preocupação com a infância e a normalização da sociedade no início do século. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.

_____, **A institucionalização de crianças no Brasil:** Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC – Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smds> Acesso em: 23 nov. 2014

VASCONCELOS, E. M. **Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack:** balanço e perspectiva de ação. O Social em Questão. RJ: PUC-RJ, Ano XV, nº 28. 2012.

Westphal M. F, MENDES R. **Cidade Saudável:** uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. RAP 2000: 34: pg 47-61.

SILVA, Antônio. **Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais.** Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2934, 14 jul. 2011 . Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551>>. Acesso em: 11 set. 2014.

Site ANTIDROGAS. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/crack.php> Acesso em: 11 nov.2014